

VEJ nr 9005 af 20/12/2013 Gældende
(Sundhedsaftalevejledningen)
Offentliggørelsesdato: 03-01-2014
Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Oversigt (indholdsfortegnelse)

Bilag 1

Den fulde tekst

Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler

1. Indledning

Rammerne for sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler er fastlagt i sundhedslovens §§ 203-205 samt i Bekendtgørelse nr. 1569 af 16. december 2013 om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler.

I henhold til bekendtgørelsens § 8 udarbejder Sundhedsstyrelsen Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler, herunder om de nærmere rammer og procedurer for indsendelse af sundhedsaftaler til godkendelse i Sundhedsstyrelsen. Denne vejledning træder i kraft den 1. januar 2014 og erstatter Sundhedsstyrelsens tidligere vejledning fra 2009.

Formålet med Sundhedsstyrelsens vejledning er at give en uddybende vejledende beskrivelse af sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler og dermed at bidrage til tilrettelæggelsen af opgaven vedrørende udarbejdelse af sundhedsaftaler i regioner og kommuner. Derudover angives procedurer for, hvordan sundhedsaftalerne godkendes i henhold til bekendtgørelsens og vejledningens krav til aftalernes indhold.

Målgruppen for vejledningen er politikere og planlæggere i kommuner og regioner samt almen praksis, der er involveret i udarbejdelsen af sundhedsaftaler.

1.1 Ændringer i forhold til tidligere vejledning

Vejledningen er tilrettet på baggrund af ændringer i sundhedsloven og bekendtgørelsen, herunder dels at der fremover kun skal udarbejdes én sundhedsaftale i hver region, dels at der er fastsat nye obligatoriske indsatsområder for sundhedsaftalerne. Endvidere at sundhedsaftalen er en politisk aftale, som skal tage afsæt i konkrete målsætninger med henblik på at sikre større kvalitet og ensartethed i det tværsektorielle arbejde, ligesom der er fokus på at styrke implementeringen af og indføre en mere systematisk opfølgning på sundhedsaftalerne.

Sundhedskoordinationsudvalget får med den nye bekendtgørelse en styrket rolle i forhold til at udarbejde udkast til sundhedsaftalen og at understøtte, at regionsrådet og alle kommunalbestyrelser i regionen kan godkende aftalen.

Ændringen i vejledningen tager udgangspunkt i behovet for at sikre en fortsat udvikling af borgernære sundhedstilbud, som skal kunne håndtere flere og mere komplekse opgaver. Der er i den forbindelse fokus på at sikre mere integreret samarbejde mellem almen praksis og kommunale tilbud og på at sikre større sammenhæng for patienter, som har samtidige forløb i flere sektorer, herunder særligt patienter med psykisk sygdom, de ældre medicinske patienter og patienter med kronisk sygdom.

Endvidere tager vejledningen udgangspunkt i behovet for en ligestilling af psykiatri og somatik, ligesom der er fokus på, at mange patienter har både somatiske og psykiske sygdomme. Denne ligestilling af det psykiatriske og det somatiske område kommer i vejledningen til udtryk ved, at psykiatrien ikke som tidligere har sit eget indsatsområde, men derimod – på lige fod med somatikken – beskrives under de enkelte indsatsområder.

Endelig tager ændringerne udgangspunkt i ønsket om en styrket inddragelse af patienter og pårørende i det danske sundhedsvæsen. Dette gælder både den enkelte patients mulighed for at få indflydelse på eget forløb og borgernes generelle mulighed for at få indflydelse på organisering og udvikling af sundhedsvæsenet via øget brugerinddragelse.

2. Sundhedskoordinationsudvalg

Sundhedskoordinationsudvalget har til formål at understøtte sammenhængende patientforløb på tværs af myndighederne: kommuner og regioner, herunder at understøtte kvaliteten og den effektive ressourceudnyttelse i opgaveløsningen.

Bekendtgørelsens §§ 1-3 beskriver sundhedskoordinationsudvalgets sammensætning, rammerne for udvalgets arbejde og en række konkrete opgaver, som tillægges udvalget. Det fremgår heraf, at udvalget består af repræsentanter udpeget af regionsrådet, kommunekontaktrådet (KKR) i regionen samt Praktiserende Lægers Organisation i regionen.

Det er således ikke alle kommuner, der har direkte repræsentation i sundhedskoordinationsudvalget, og de enkelte kommuner kan have forskellige ønsker til samarbejdet med regionen. Dette understreger behovet for, at kommunerne fx via KKR lægger en fælles linje i regionalpolitiske spørgsmål og drøfter og koordinerer deres arbejde i forhold til sundhedskoordinationsudvalget og sundhedsaftalen.

Sundhedskoordinationsudvalget kan jf. bekendtgørelsens § 2, stk. 4, nedsætte underudvalg og arbejdsgrupper blandt andet med henblik på faglig rådgivning fra sygehuse, almen praksis eller kommuner. I den forbindelse er det relevant også at inddrage andre aktører som fx private sygehuse, apotekersektoren, den øvrige praksissektor¹⁾ samt andre forvaltningsområder, ligesom borgere kan inddrages i relevante arbejdsgrupper.

Sundhedskoordinationsudvalget skal jf. sundhedslovens § 204, stk. 5, systematisk inddrage patientinddragelsesudvalget i regionen i deres drøftelser. Patientinddragelsesudvalget består af medlemmer, som er udpeget af patient- og pårørendeorganisationer.

Endvidere bør sundhedskoordinationsudvalgets arbejde koordineres med praksisplanudvalget for almen praksis, se nærmere herom i afsnit 2.4.

2.1 Udarbejdelse af udkast til én fælles sundhedsaftale

Sundhedskoordinationsudvalget udarbejder jf. bekendtgørelsens § 3 udkast til én fælles sundhedsaftale og skal i den forbindelse understøtte, at regionsrådet og alle regionens kommunalbestyrelser kan godkende aftalen.

De nærmere krav til sundhedsaftalen fastlægges i bekendtgørelsens § 4 og behandles i denne vejlednings kapitel 3-5. Her beskrives de fire obligatoriske indsatsområder, som sundhedsaftalen skal omfatte, samt en række tværgående temaer, som sundhedsaftalen i relevant omfang skal tage udgangspunkt i.

Sundhedskoordinationsudvalget bør i forbindelse med udarbejdelsen af udkastet til sundhedsaftale sikre en inddragende proces, hvor der særligt skal være fokus på at inddrage de kommuner, som ikke har plads i udvalget.

2.2 Fastlæggelse af konkrete målsætninger

Sundhedskoordinationsudvalget skal jf. bekendtgørelsens § 3, stk. 2 i udkastet til sundhedsaftalen opstille fælles, konkrete målsætninger for udviklingen af sundhedsområdet generelt i regionen samt for de enkelte obligatoriske indsatsområder.

Formålet er at bidrage til at sikre en fælles retning for indsatsen på tværs af sektorerne. Målsætningerne skal være konkrete og fungere som et redskab til at sikre en løbende opfølgning og justering af indsatsen.

Målsætninger skal blandt andet fastlægges med udgangspunkt i de nationale indikatorer for sundhedsaftalerne, se www.eSundhed.dk. Derudover kan de regionale og kommunale sundhedsprofiler være udgangspunkt for målsætninger, ligesom der kan suppleres med yderligere målsætninger inden for den enkelte region.

Regeringen, Danske Regioner og KL har fastsat fire fælles mål for den patientrettede forebyggelsesindsats, som skal omsættes i mere konkrete målsætninger mellem regioner og kommuner. Målene er rettet mod nedbringelse af antallet af forebyggelige og uhensigtsmæssige indlæggelser og genindlæggelser samt nedbringelse af antallet af færdigbehandlede patienter, som optager en seng på sygehusene²⁾.

2.3 Implementering af og opfølgning på sundhedsaftalen

Sundhedskoordinationsudvalget skal jf. bekendtgørelsens § 3, stk. 3, følge op på sundhedsaftalen, herunder én gang årligt gennemgå aftalen og vurdere behovet for at revidere dens indhold. I den forbindelse bør der være opmærksomhed på, at der i økonomiforhandlingerne og andre nationale aftaler samt i ny lovgivning kan fastsættes nye krav, som influerer på sundhedsaftalen, og som skal indarbejdes i en revideret aftale.

Opfølgningen på sundhedsaftalen bør tage udgangspunkt i de målsætninger, som er aftalt ved sundhedsaftalens indgåelse og i de nationale indikatorer for sundhedsaftalerne. Derudover bør indgå organisatoriske og sundhedsfaglige indikatorer, som er relevante for de aftalte målsætninger.

Derudover vil det være hensigtsmæssigt, at sundhedskoordinationsudvalget udarbejder en plan for implementeringen af sundhedsaftalen. Formålet hermed at sikre de fornødne aftaler mellem parterne i forhold til koordinering af implementeringsindsatserne og eventuel igangsætning af fælles initiativer.

2.4 Vurdering af udkast til regionens sundhedsplan

Sundhedskoordinationsudvalget vurderer jf. bekendtgørelsens § 3, stk. 4, udkast til regionens sundhedsplan, herunder sygehusplaner, praksisplaner og psykiatriplaner og kan komme med anbefalinger til, hvordan planen kan fremme sammenhæng i indsatsen mellem sygehuse, praksissektor og kommunale tilbud.

Praksisplanen vedrørende almen praksis skal jf. sundhedslovens § 206 a, stk. 2³⁾, inden vedtagelsen forelægges for sundhedskoordinationsudvalget. Praksisplanen er et centralt samarbejds- og planlægningsværktøj mellem region, kommune og almen praksis, der beskriver, hvilke opgaver almen praksis skal varetage, snitflader til det øvrige sundhedsvæsen samt overvejelser om kapacitet og fysisk placering af ydenumre.

Sundhedskoordinationsudvalget kan tilsvarende vurdere udkast til kommuners sundhedspolitik i det omfang, at sådanne politikker foreligger.

I forlængelse heraf vil det være hensigtsmæssigt, at regionen og kommunerne løbende orienterer sundhedskoordinationsudvalget om væsentlige ændringer på sundhedsområdet og tilgrænsende områder, herunder social-, undervisnings- og beskæftigelsesområdet samt om de sundhedsmæssige konsekvenser heraf.

2.5 Drøftelse af øvrige relevante emner

Sundhedskoordinationsudvalget drøfter jf. bekendtgørelsens § 3, stk. 5, i øvrigt emner, der er relevante for sammenhængen i patientforløb mellem sygehuse, praksissektoren og kommunale tilbud samt eventuelt private klinikker og andre leverandører, som leverer offentligt finansierede sundhedsydelser.

Udvalget drøfter derudover koordinering og prioritering af midler til sammenhængende løsninger på sundhedsområdet.

Udvalget kan hensigtsmæssigt drøfte større udviklingstendenser på sundhedsområdet, herunder udviklingen i sygehusstrukturen og borgernære sundhedstilbud samt kapaciteten på både det psykiatriske og somatiske område. Herudover, hvordan parterne kan inddrage evaluering og forskning i den fortsatte udvikling af området.

Desuden kan udvalget hensigtsmæssigt drøfte problemstillinger i relation til sundhedsaftalens indsatsområder, som ofte giver anledning til uoverensstemmelser mellem parterne.

Endvidere kan udvalget hensigtsmæssigt drøfte den samlede indsats på tværs af indsatsområderne for udvalgte målgrupper samt særlige fælles indsatser rettet mod udvalgte risikofaktorer, kroniske sygdomme, målgrupper og arenaer (fx hospitaler, skoler, arbejdspladser m.v.).

2.6 Information af sundhedskoordinationsudvalg i de øvrige regioner

Sundhedskoordinationsudvalget informerer jf. bekendtgørelsens § 3, stk. 6, sundhedskoordinationsudvalgene i de øvrige regioner om forhold vedrørende samarbejdet mellem sygehuse, praksissektoren og kommunale tilbud i regionen, hvor kendskab hertil kan fremme koordineringen af behandlingsforløb, der omfatter flere regioner.

Det vil derudover være hensigtsmæssigt, hvis udvalget informerer de øvrige sundhedskoordinationsudvalg om gode erfaringer og opnået viden fra arbejdet med udarbejdelse, implementering og opfølgning af sundhedsaftalerne, ligesom det vil være hensigtsmæssigt, at udvalget forud for udarbejdelsen af sundhedsaftalen indhenter erfaringer og viden fra de øvrige sundhedskoordinationsudvalg. Hermed sikres erfaringsudveksling og videndeling på tværs af regioner og kommuner.

3. Sundhedsaftalen

Sundhedsaftalen er en politisk aftale, som indgås mellem regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen, hvori der fastsættes rammer og målsætninger for samarbejdet mellem parterne på fire indsatsområder indenfor sundhedsområdet. Som led i sundhedsaftalen udarbejdes en administrativ aftale, der konkretiserer den politiske aftale og fastsætter rammerne for det konkrete samarbejde mellem aktørerne på disse indsatsområder.

I bekendtgørelsens § 4, stk. 2, er der fastlagt fire indsatsområder, som er obligatoriske og skal indgå i sundhedsaftalen. Kravene til sundhedsaftalen i forhold til de fire obligatoriske indsatsområder fremgår af denne vejlednings kapitel 4 og 5.

3.1 Formål

Formålet med sundhedsaftalen er at bidrage til sammenhæng og koordinering af indsatsen i de patientforløb, som omfatter borgere med somatiske og/eller psykiske sygdomme, og som går på tværs af de to myndighedsområder: region og kommuner. Målet er, at den enkelte borger tilbydes en indsats, der er sammenhængende og af høj kvalitet uanset antallet af kontakter eller karakteren af den indsats, der er behov for.

Sundhedsaftalen omfatter både samarbejdet mellem sygehuse og kommunale tilbud og samarbejdet mellem praksissektoren og kommunale tilbud. Aftalen omfatter derudover samarbejdet mellem sygehuse og praksissektoren, herunder særligt almen praksis, hvis det er relevant for samarbejdet med kommunen.

Derudover er sundhedsaftalen en oplagt ramme for at sikre sammenhæng i indsatsen mellem sundhedsområdet og andre tæt forbundne områder, herunder social-, undervisnings- og beskæftigelsesområdet. Parterne bør i den forbindelse så vidt muligt koordinere sundhedsaftalen med andre aftaler⁴⁾, som har betydning for aktiviteterne på relevante områder for at skabe sammenhængende forløb.

3.2 Sundhedsaftalens parter

Sundhedsaftalen indgås mellem regionsrådet og alle kommunalbestyrelser i regionen.

Regionsrådet har myndighedsansvaret for sygehusene og praksissektoren, som er omfattet af sundhedsaftalen. Derudover har regionsrådet ansvaret for at kunne levere en række specialiserede opgaver på social- og undervisningsområdet, som inddrages i sundhedsaftalen i relevant omfang.

Kommunalbestyrelserne har myndighedsansvaret for det kommunale sundhedsområde, som er omfattet af sundhedsaftalen. Derudover har kommunalbestyrelserne myndighedsansvaret for det sociale område, som er omfattet af sundhedsaftalen i flere af de obligatoriske indsatsområder samt for beskæftigelses- og undervisningsområdet, der inddrages i relevante dele af sundhedsaftalen.

Almen praksis er ikke en aftalepart, men er en særdeles vigtig aktør i forbindelse med udarbejdelsen og implementeringen af sundhedsaftalen. Almen praksis' rolle i sundhedsaftalarbejdet sker gennem repræsentation i sundhedskoordinationsudvalget, og det forudsættes, at sundhedskoordinationsudvalget inddrager den fornødne almenmedicinske fagkundskab i udarbejdelsen af sundhedsaftalen.

Der er – for så vidt angår almen praksis' rolle i forbindelse med udarbejdelsen og implementeringen af sundhedsaftalen – en tæt sammenhæng med praksisplanen for almen praksis. Praksisplanen er således et centralt samarbejds- og planlægningsværktøj mellem region, kommuner og almen praksis, der beskriver, hvilke opgaver almen praksis skal varetage, snitflader til det øvrige sundhedsvæsen samt overvejelser om kapacitet og fysisk placering af ydernumre.

Almen praksis er i henhold til sundhedslovens § 57 b, stk. 2⁵⁾, forpligtet til at udøve deres virksomhed i overensstemmelse med sundhedsaftalen. De opgaver, som almen praksis jf. sundhedsaftalen forpligtes til at udføre, skal beskrives i praksisplanen for almen praksis og følges op af en underliggende aftale med de praktiserende læger, hvor implementering og ressourcer aftales.

Den øvrige praksissektor er ligeledes ikke en aftalepart, men konkrete praksisområder kan have en rolle i udarbejdelsen af og gennemførelsen af aftalen på udvalgte indsatsområder.

Private sygehuse og andre private leverandører mv. er ikke en aftalepart, men skal være omfattet af relevante dele af sundhedsaftalen, når de leverer offentligt finansieret behandling. Når regionsrådet og/eller en kommunalbestyrelse indgår en aftale med en privat aktør om varetage af sundhedsopgaver, skal det sikres, at den private aktør gennem (leverandør)aftalen forpligtes af sundhedsaftalen i den udstrækning, det er relevant.

Regionsrådet og kommunalbestyrelserne har hver især et ansvar for at sikre, at alle aktører i egne organisationer samt hos private leverandører m.fl. forpligtes til at efterleve relevante dele af aftalens indhold efter dens godkendelse.

3.3 Målgrupper

Sundhedsaftalen omfatter borgere, herunder børn (inkl. nyfødte), unge og voksne med forbigående eller kronisk sygdom og/eller funktionsevnenedsættelse, der har behov for en sammenhængende indsats fra aktører på tværs af sektorer enten samtidigt

eller i forlængelse af hinanden. Borgere vil i mange sammenhænge i forhold til sundhedsaftalen også være patienter. I vejledningen omfatter begrebet borgere også denne gruppe.

Aftalen bør have særligt fokus på målgrupper, hvor sundhedsvæsenet kan have udfordringer med at sikre kvalitet og sammenhæng i tværsektorielle patientforløb. Det gælder blandt andet ældre medicinske patienter, borgere med kronisk sygdom, herunder multisygdom, børn og unge med varigt nedsat funktionsevne, borgere med psykisk sygdom samt borgere med både psykiske og somatiske sygdomme samtidig, herunder også skadeligt og afhængigt brug af rusmidler.

Aftalen skal understøtte ligestilling af borgere med henholdsvis psykiske og somatiske sygdomme. Aftalen bør derudover have fokus på børn og unge i familier, hvor én eller begge forældre har en alvorlig somatisk eller psykisk sygdom

Aftalen skal håndtere relevante problemstillinger, som borgere med tværsektorielle forløb typisk må forventes at opleve.

3.4 Aktører

En række aktører leverer sundhedsydelser inden for de fire obligatoriske indsatsområder og bør derfor omfattes af sundhedsaftalen. Ved aktører forstås i denne sammenhæng organisatoriske enheder og deres medarbejdere.

Det er inden for de enkelte indsatsområder forskelligt, hvilke aktører som er relevante at omfatte af sundhedsaftalen. Sygehuse, kommunale tilbud samt almen praksis er dog relevante på alle indsatsområderne. I den forbindelse bør der være opmærksomhed på, at sygehuse omfatter både stationære, ambulante og udgående funktioner, og at kommunale sundhedstilbud omfatter en række forskellige funktioner inden for både forebyggelse, behandling, pleje, genoptræning og rehabilitering.

Den øvrige praksissektor er relevant i forhold til dele af sundhedsaftalen. Det gælder særligt for praktiserende fysioterapeuter, praktiserende speciallæger og praktiserende psykologer.

Aktører på tilgrænsende områder som fx social-, undervisnings- og beskæftigelsesområdet omfattes af sundhedsaftalen, når dette er relevant for kvalitet og sammenhæng i patientforløb. Det gælder blandt andet hjemmeplejen, plejeboliger, psykiatriske bosteder og Pædagogisk-Psykologisk Rådgivning.

Derudover inddrages i relevant omfang fx specialiserede institutioner inden for social- og undervisningsområdet samt kliniske funktioner, sundhedskoordinatorer og rehabiliteringsteam, som kommuner og regioner har etableret med henblik på at understøtte borgeres tilbagevenden til arbejde.

Aktørerne skal kende til relevante dele af sundhedsaftalen og medvirke ved implementeringen heraf. Aktører, der besidder faglig og praktisk viden om indsatsområderne, kan hensigtsmæssigt inddrages ved udarbejdelsen af aftalen.

3.5 Supplerende aftaler

Regionsrådet og én kommunalbestyrelse eller flere kommunalbestyrelser i fællesskab kan indgå supplerende aftaler, som omhandler andre temaer end de obligatoriske indsatsområder og som har en tværgående karakter.

Formålet med supplerende aftaler kan være at tage højde for lokale forhold inden for den enkelte region fx i forhold til lokale udviklingsprojekter og udfordringer.

Supplerende aftaler er af frivillig karakter og kan ikke træde i stedet for eller have forrang for sundhedsaftalen mellem regionsrådet og kommunalbestyrelserne. Supplerende aftaler kan indgås løbende.

3.6 Forløbsprogrammer og samarbejdsaftaler

Som led i sundhedsaftalen kan der hensigtsmæssigt aftales udarbejdelse af forløbsprogrammer med udgangspunkt i den generiske model for forløbsprogrammer. Forløbsprogrammer beskriver den samlede tværfaglige og tværsektorielle indsats for en afgrænset patientgruppe og kan således fastlægge samarbejdet i patientforløb, der omfatter indsatser på tværs af sundhedsaftalens indsatsområder. Det kan være relevant at udarbejde forløbsprogrammer for større patientgrupper med kronisk sygdom.

Derudover kan der indgås samarbejdsaftaler, som beskriver arbejdsdeling og samarbejde mellem aktører, fx i relation til en konkret patientgruppe. Det kan være relevant at udarbejde samarbejdsaftaler i forhold til mindre patientgrupper, hvor der er en tværsektoriel udfordring.

Endvidere kan der udarbejdes eksempelvis snitfladekataloger og casekataloger til håndtering af udvalgte områder.

3.7 Sundhedsaftalens form

Der stilles ikke krav til sundhedsaftalens form. Sundhedskoordinationsudvalget kan selv beslutte, om det vil beskrive aftalen samlet eller opdelt i flere dokumenter, ligesom aftalen kan beskrives på tværs af de obligatoriske indsatsområder i det omfang, det er relevant.

Inden for de enkelte indsatsområder kan sundhedsaftalen opdeles i forhold til det psykiatriske henholdsvis det somatiske sundhedsområde, men i den forbindelse bør der være opmærksomhed på, at mange patienter har både somatiske og psykiske sygdomme.

3.8 Sundhedsaftalens gyldighedsperiode

Sundhedsaftalen er indgået, når den er godkendt af både regionsrådet og alle kommunalbestyrelser i regionen. Det skal fremgå af aftalen, hvornår den træder i kraft. Ikrafttræden behøver ikke at afvente Sundhedsstyrelsens godkendelse.

Sundhedsaftalen er gældende, indtil en ny aftale træder i kraft.

4. Obligatoriske indsatsområder

Bekendtgørelsens § 4, stk. 2, fastlægger fire obligatoriske indsatsområder for sundhedsaftalen.

Formålet med sundhedsaftalen på de fire indsatsområder fremgår af dette kapitel. Aftalen skal i forhold til de fire obligatoriske indsatsområder i relevant omfang tage udgangspunkt i de tværgående temaer, som beskrives i kapitel 5.

Sundhedsaftalen tager udgangspunkt i gældende lovgivning. Referencer til love, bekendtgørelser og vejledninger m.fl., som er relevante for udarbejdelse af sundhedsaftalen, findes i bilag 1.

Sundhedsaftalen skal i forhold til alle fire indsatsområder omfatte både det somatiske og det psykiatriske område. Der skal endvidere tages højde for, at mange patienter har både somatisk og psykisk sygdom og/eller funktionsevnedssættelse. Der skal være fokus på at sikre effektive, tilgængelige og målrettede patientforløb.

Mange borgere har forløb, der omfatter flere indsatsområder samtidig eller i forlængelse af hinanden, og aftalen bør derfor understøtte sammenhæng og koordination i forløb på tværs af indsatsområderne. Dette gælder særligt indsatsområde 1-3 vedrørende forebyggelse, behandling og pleje samt genoptræning og rehabilitering.

Indsatsområde 4 vedrørende sundheds-it og digitale arbejdsgange har blandt andet til formål at understøtte sundhedsaftalen på indsatsområde 1-3.

4.1 Indsatsområde 1: Forebyggelse

Det overordnede formål med indsatsområdet er, at alle borgere med behov herfor tilbydes en sammenhængende forebyggelsesindsats af høj kvalitet.

For at opfylde formålet skal aftalen medvirke til at sikre samarbejdet mellem relevante aktører om:

- Forebyggelsesforløb⁶⁾ til borgere med behov herfor, herunder borgere med kronisk sygdom, borgere med nedsat funktionsevne, ældre borgere samt socialt udsatte borgere.
- Forebyggelsesindsatser i forbindelse med behandlings- og rehabiliteringsforløb og forud for planlagt operation.
- Forebyggende sundhedsydelse til børn og unge samt svangreomsorg, herunder til borgere med særlige behov.
- Forebyggelses- og behandlingstilbud til borgere med skadeligt og afhængigt forbrug af rusmidler samt deres familier.
- Tidlig opsporing og indsats over for psykisk sygdom samt forebyggelse af risikofaktorer og somatisk sygdom hos borgere med psykisk sygdom.

I forbindelse med udarbejdelse af sundhedsaftalen skal der være opmærksomhed på:

- At aftalen fastlægger udmøntningen af regionens forpligtelse til at tilbyde rådgivning i forhold til kommunernes forebyggelsesindsats, herunder indholdet af rådgivningen. I den forbindelse kan aftaler om rådgivning vedr. hygiejne hensigtsmæssigt indgå.
- At aftalen bidrager til at sikre let tilgængelig information om forebyggelsestilbud til alle aktører og borgere.
- At aftalen understøtter, at medarbejdere i alle sektorer har de fornødne kompetencer til at identificere borgere med behov for forebyggende indsatser og til at udnytte forebyggelsespotentialet i relevante borger- og patientkontakter.
- At aftalen understøtter tilvejebringelse af ny viden om effektive forebyggelsesmetoder, herunder om implementering af vidensbaserede interventioner.

4.2 Indsatsområde 2: Behandling og pleje

Det overordnede formål med indsatsområdet er, at alle borgere med behov herfor tilbydes sammenhængende behandlings- og plejeforløb af høj kvalitet.

For at opfylde formålet skal aftalen medvirke til at sikre samarbejdet mellem relevante aktører om:

- Behandlings- og plejeforløb til borgere med somatiske og/eller psykiske sygdomme, hvor indsatsen leveres på tværs af kommuner, praksissektor og sygehuse samtidigt.
- Behandlings- og plejeforløb til borgere som indlægges eller udskrives på/fra somatiske eller psykiatriske sygehuse, herunder at borgeren får de nødvendige behandlingsredskaber og hjælpemidler efterfølgende.
- Henvísninger til børne- og ungdomspsykiatrien, herunder rådgivning til kommunen og almen praksis.
- Behandlingsforløb til borgere med samtidig psykisk lidelse og skadeligt og afhængigt forbrug af rusmidler, herunder aftaler om koordinering af indsatsen i det konkrete patientforløb.
- Akutte indsatser til borgere med behov herfor, herunder koordination af akutte indsatser inden for sundhedsområdet og det sociale område.

I forbindelse med udarbejdelse af sundhedsaftalen skal der være opmærksomhed på:

- At aftalen beskriver en overordnet ramme for samarbejdet mellem behandlingsansvarlige læger og kommunale medarbejdere (både sundhedsfaglige og ikke-sundhedsfaglige), når de udfører lægelige ordinationer (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed), fx ved medicingivning i eget hjem, på plejecentre eller på psykiatriske bosteder.
- At aftalen understøtter samarbejdet omkring borgere med mange forskellige eller skiftende behov for behandlingstilbud, herunder forløbskoordination.
- At aftalen understøtter kommunikationen mellem involverede aktører, borgere og eventuelt pårørende med henblik på, at de involverede aktører på ethvert tidspunkt i et behandlings- og plejeforløb har de relevante informationer om borgeren, og så borgeren ved, hvem han/hun kan kontakte ved spørgsmål.

4.3 Indsatsområde 3: Genoptræning og rehabilitering

Det overordnede formål med indsatsområdet er, at borgere med nedsat funktionsevne relateret til somatisk eller psykisk sygdom ved behov for genoptræning og rehabilitering⁷⁾ tilbydes et sammenhængende forløb af høj faglig kvalitet.

For at opfylde formålet skal aftalen medvirke til at sikre samarbejdet mellem relevante aktører om:

- Genoptræning og eventuel anden rehabilitering under indlæggelse og efter udskrivning fra sygehus til borgere med nedsat funktionsevne og et sundhedsfagligt behov for genoptræning.
- Rehabiliteringsforløb til borgere med særlig komplekse problemstillinger og som har behov for langvarige, multidisciplinære, intensive rehabiliteringsindsatser.

- Rehabiliteringsforløb til borgere, som har behov for rehabiliteringsindsatser med henblik på tilknytning til uddannelse og/eller arbejde, samt til borgere med psykisk sygdom og til børn og unge med nedsat funktionsevne.

I forbindelse med udarbejdelse af sundhedsaftalen skal der være opmærksomhed på:

- At aftalen understøtter sammenhæng i behandlings-, genoptrænings- og rehabiliteringsindsatser, som ydes på tværs af sektorer og lovgivninger, herunder at borgeren får nødvendige behandlingsredskaber og hjælpemidler.
- At aftalen understøtter styring af kapacitet blandt andet med henblik på nedbringelse af ventetider på genoptræningsområdet.
- At aftalen understøtter tilvejebringelse af ny viden om effektiv rehabilitering, herunder om implementering af vidensbaserede indsatser.

4.4 Indsatsområde 4: Sundheds-it og digitale arbejdsgange

Det overordnede formål med indsatsområdet er at sikre sammenhæng i data og processer på tværs af sundhedsvæsenets sektorer, så overgange og samarbejdet mellem de forskellige dele af sundhedsvæsenet kan ske planlagt, hurtigt og sikkert, og så risikoen for genindlæggelser, fejlmedicinering og unødige hjemmebesøg mv. reduceres.

For at opfylde formålet skal sundhedsaftalen medvirke til at sikre samarbejdet mellem relevante aktører om:

- Teknisk og organisatorisk implementering af alle relevante målsætninger for regioner og kommuner vedr. sundheds-it og telemedicin, herunder initiativer der er aftalt mellem parterne på sundhedsområdet, eksempelvis initiativerne i den nationale strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet 2013-2017 og initiativer, der fremadrettet aftales i de årlige økonomaftaler.
- Implementering af Det Fælles Medicinkort i almen praksis, kommunale tilbud og sygehuse, implementering af telemedicinsk sårurdering i regioner og kommuner samt implementering af MedCom standarder i almen praksis, kommunale tilbud og sygehuse.
- Sundheds-it og digitale arbejdsgange i almen praksis, kommunale tilbud og sygehuse med henblik på at understøtte sundhedsaftalen på indsatsområde 1-3.

I forbindelse med udarbejdelse af sundhedsaftalen bør der være opmærksomhed på:

- At digital kommunikation og digitale arbejdsgange i almen praksis, kommunale tilbud og sygehuse bidrager til at dokumentere indsatser, blandt andet med henblik på at sikre ensartet kvalitet og understøtte kvalitetsudvikling fremadrettet.
- At Sundhed.dk er aktørernes fælles portal til deling af viden med hinanden og med borgerne om konkrete tilbud i forhold til forebyggelse, behandling, pleje, genoptræning og rehabilitering.

5. Tværgående temaer

Bekendtgørelsens § 4, stk. 4, fastlægger en række tværgående temaer, som sundhedsaftalen i relevant omfang skal tage udgangspunkt i. De tværgående temaer beskrives i dette kapitel.

Som udgangspunkt er alle nedenstående temaer relevante i forhold til alle indsatsområder, men de enkelte temaer kan indgå i forskelligt omfang. Derudover kan parterne vælge at samle beskrivelsen af det enkelte tema i ét kapitel i sundhedsaftalen. I så fald bør der være opmærksomhed på, at beskrivelsen omfatter alle indsatsområder.

5.1 Arbejdsdeling og samarbejde, herunder videndeling og sundhedsfaglig rådgivning imellem sektorer

Sundhedsaftalen skal medvirke til en entydig arbejdsdeling og fastlægge samarbejdet mellem de relevante aktører inden for de obligatoriske indsatsområder – både i forbindelse med borgeres overgang fra én sektor til en anden fx i forbindelse med indlæggelse og udskrivning, og når borgere har samtidige forløb i flere sektorer.

Aftalen skal understøtte fleksibel brug af sundhedsvæsenets kompetencer, herunder eventuelt afprøve nye modeller for arbejdsdeling og samarbejde. Aftalen skal i den forbindelse tage højde for, at mange patientforløb – både psykiske og somatiske – ikke er lineære med overgange fra én sektor til en anden, men kendetegnet ved at foregå i flere sektorer samtidig.

Aftalen skal derudover understøtte samarbejdet omkring og udviklingen af borgernære sundhedstilbud, som kan håndtere både almene og mere komplekse problemstillinger. Borgernære sundhedstilbud leveres tæt på borgerens hverdagsliv af en lang række aktører inden for både kommuner, regioner, praksissektoren og private leverandører. Karakteren af sådanne tilbud vil være forskellig inden for de enkelte indsatsområder afhængigt af, om aftalen omhandler borgere med somatiske eller psykiske sygdomme.

Aftalen bør i den forbindelse understøtte en proaktiv og koordineret indsats med henblik på forebyggelse, tidlig opsporing og indsats over for sygdom og funktionsevnedensættelse blandt andet med henblik på at undgå forebyggelige indlæggelser. Aftalen skal desuden medvirke til at sikre, at regioner, almen praksis og kommunale tilbud samt eventuelt den øvrige praksissektor kan søge rådgivning, dialog og samarbejde hos hinanden og dele viden på de områder, som er omfattet af sundhedsaftalen. Dette gælder rådgivning både i forbindelse med konkrete patientforløb og i forbindelse med generelle problemstillinger.

Endelig skal aftalen medvirke til at skabe sammenhæng i forløb for de patienter, der som en del af deres forløb modtager offentligt finansieret behandling m.v. på private sygehuse og klinikker samt hos private leverandører m.fl..

5.2 Koordination af kapacitet

Sundhedsaftalen skal understøtte princippet om, at sundhedsydelse skal leveres på laveste, effektive omsorgs- og behandlingsniveau (LEON) og afspejle den lokale stratificering af store patientgrupper med henblik på dimensionering af indsatserne og anden sundhedsplanlægning.

Sundhedsaftalen skal derudover understøtte, at eventuel overdragelse af opgaver mellem sektorerne sker planlagt og koordineret. I den forbindelse bør der være fokus på den fornødne kapacitet, patientvolumen, kompetenceudvikling og kvalitetssikring.

Generelt kan der i forbindelse med det tværsektorielle samarbejde være behov for kompetenceudvikling af medarbejdere, således at borgerne fortsat oplever høj kvalitet i ydelsen. Sundhedsaftalen bør understøtte, at parterne medvirker til

kompetenceudvikling af aktører på tværs af sektorer, hvor det er relevant. Det bemærkes dog, at de enkelte aktører har ansvaret for at sikre, at deres medarbejdere har de nødvendige kompetencer, som institutionens opgaver forudsætter.

Sundhedsaftalen skal derudover i forhold til både det psykiatriske og det somatiske område skabe rammer for planlægning og styring af kapaciteten i sektorer, der er afhængige af hinanden, for at optimere kapacitet og for at sikre kvalitet og sammenhæng i patientforløb.

5.3 Inddragelse af patienter og pårørende

Sundhedsaftalen skal understøtte et sundhedsvæsen, hvor borgeren inddrages i beslutninger om egen sundhed og behandling, og hvor borgeres, patienters og pårørendes perspektiv inddrages i udviklingen af samarbejdet.

Sundhedsaftalen skal medvirke til, at borgere, patienter og pårørende inddrages i de enkelte patientforløb og -behandlinger, således at den samlede indsats tilpasses den enkeltes behov optimalt. Aftalen skal understøtte, at alle relevante aktører inden for både det somatiske og det psykiatriske område forholder sig til, hvorledes borgeren inddrages i alle spørgsmål om egen sundhed og behandling.

Aftalen skal endvidere medvirke til at sikre borgere, patienter og pårørende nem og sikker adgang til dialog med de relevante aktører i forløbet.

Brugerperspektivet skal ligeledes inddrages i udviklingen af samarbejdet mellem aftalens parter. Herunder skal patientinddragelsesudvalget i regionen inddrages i sundhedskoordinationsudvalgets drøftelser jf. kapitel 2. Derudover kan der hensigtsmæssigt ske inddragelse af patienter og pårørendes viden, præferencer og ressourcer gennem repræsentation af patienter i arbejdsgrupper, ved afdækning af patientpræferencer gennem litteratur og forskning og/eller ved evalueringer af samarbejdet med patienter i organisatoriske tiltag.

Endelig bør brugerperspektivet indgå i forbindelse med planlægning af dokumentation, forskning og kvalitetsudvikling af sundhedsydelse og forløb på tværs af sektorer.

5.4 Lighed i sundhed

Sundhedsaftalen skal understøtte en udvikling mod større lighed i sundhed. Aftalen bør i den forbindelse have fokus på at sikre differentierede tilbud, som modsvarer den enkelte borgers behov og ressourcer, og som tager hensyn til borgerens uddannelsesniveau, køn, etnicitet og funktionsevne.

Aftalen bør derudover understøtte, at sundhedstilbud gøres tilgængelige for alle borgere, herunder borgere med nedsat funktionsevne, og at der sker en systematisk behovs- og ressourceafdækning hos den enkelte borger/patient for at tilvejebringe det bedst mulige grundlag for en målrettet indsats.

Aftalen bør endvidere have fokus på at sikre samarbejde og koordination mellem den sundhedsfaglige og den sociale indsats til sårbare borgere med multisygdom eller komplekse behandlingsforløb samt til socialt udsatte borgere, som kan have behov for en særlig sundhedsfaglig indsats.

5.5 Dokumentation, forskning, kvalitetsudvikling og patientsikkerhed

Sundhedsaftalen skal medvirke til at sikre et fælles ensartet datagrundlag for den dokumentation, som skal understøtte arbejdet med fx kvalitetssikring, kapacitetsplanlægning og opfølgning i forhold til aftalens indsatsområder. I den forbindelse bør der være ensartet registrering og enighed om afgrænsninger af særlige målgrupper, så definitioner af patientgrupper som fx skrøbelige/sårbare patienter er ens på tværs af sektorer.

Aftalen skal derudover understøtte regioners og kommuners fælles ansvar for udviklings- og forskningsarbejde, så sundhedsydelse og kompetenceudvikling af sundhedspersoner kan leveres på højt fagligt niveau. I den forbindelse bør der være særligt fokus på at sikre ny viden på områder, hvor der aktuelt er sparsom viden.

Aftalen bør derudover med baggrund i dokumentation og udviklings- og forskningsarbejde understøtte en fortsat kvalitetsudvikling og kvalitetssikring af de enkelte ydelser og af den tværgående indsats.

Aftalen bør endvidere have fokus på forpligtelsen til at forebygge utilsigtede hændelser og at øge patientsikkerheden.

Parterne bør så tidligt som muligt inddrage hinanden i planlægningen af projekter, som involverer flere aktører på tværs af sektorer. Endvidere bør det tilstræbes, at parterne løbende inddrager hinanden i udviklingsprojekter, der påvirker tilrettelæggelsen af fælles patientforløb eller vilkårene for arbejdstilrettelæggelse.

6. Godkendelse af sundhedsaftalen

6.1 Indsendelse af sundhedsaftalen

Sundhedsaftalen vedrørende de obligatoriske indsatsområder skal indsendes til Sundhedsstyrelsens godkendelse jf. sundhedsloven § 205 stk. 3, samt bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler § 5.

Det fremgår af bekendtgørelsens § 5, at det er regionsrådet, som er forpligtet til at indsende den indgåede sundhedsaftale til Sundhedsstyrelsen. Bekendtgørelsens § 6 fastlægger fristen for indsendelse af sundhedsaftalen. Det fremgår samtidig heraf, at aftalen skal indsendes til Sundhedsstyrelsen senest ved udgangen af januar måned i regionsrådets og kommunalbestyrelsernes valgperiodes andet år.

Regionsrådet indsender sundhedsaftalen omfattende de fire obligatoriske indsatsområder elektronisk til Sundhedsstyrelsen. Aftalen skal være godkendt af både regionsrådet og alle kommunalbestyrelser i regionen inden indsendelsen.

Følgende data skal fremgå af sundhedsaftalen: aftalens parter, valgperiode, versionsnummer, samt ikrafttrædelsesdato. Versionsnummeret følger valgperioden, således at man inden for hver valgperiode starter med version 1.

Bilag, som er relevante for Sundhedsstyrelsens vurdering af kravene til de obligatoriske indsatsområder i sundhedsaftalen, skal medsendes.

Sundhedsstyrelsen tilsender regionsrådet, kommunalbestyrelsen og sundhedskoordinationsudvalget en kvitteringsskrivelse ved modtagelsen af sundhedsaftalen.

6.2 Sundhedsstyrelsens godkendelse

Bekendtgørelsens § 6 fastlægger Sundhedsstyrelsens frister i forhold til godkendelse af sundhedsaftalen. Det fremgår heraf, at indsendelse skal ske senest den 31. januar i regionsrådets og kommunalbestyrelsernes valgperiodes andet år.

Sundhedsstyrelsens godkendelse beror på, om der er indgået aftale på de områder, der er udmeldt som obligatoriske i overensstemmelse med de krav, der fremgår af bekendtgørelsen og de anvisninger, der er angivet i denne vejledning og som følger af Sundhedsstyrelsens øvrige sundhedsfaglige anbefalinger.

Sundhedsstyrelsen vil ved sin vurdering af aftalen særligt lægge til grund, om sundhedsaftalen opfylder formålene i forhold til de fire obligatoriske indsatsområder som beskrevet i kapitel 4 i denne vejledning, og om aftalen i relevant omfang tager udgangspunkt i de tværgående temaer, som beskrives i kapitel 5. I Sundhedsstyrelsens vurdering indgår den samlede sundhedsaftale, dvs. både den politiske aftale samt den administrative konkretisering heraf.

Supplerende aftaler indgår ikke i Sundhedsstyrelsens vurdering.

Såfremt det er nødvendigt at indhente supplerende information i forbindelse med sagsbehandlingen af en sundhedsaftale, vil Sundhedsstyrelsen tage kontakt til sundhedskoordinationsudvalget. Det påhviler herefter sundhedskoordinationsudvalget at tilvejebringe de fornødne oplysninger hurtigst muligt, og således at Sundhedsstyrelsen kan overholde tidsfristen for sagsbehandling.

6.3 Godkendte aftaler

Når Sundhedsstyrelsen har godkendt en sundhedsaftale, orienteres sundhedskoordinationsudvalget, kommunalbestyrelserne i regionen og regionsrådet skriftligt herom.

Sundhedsstyrelsens tilbagemelding vil omfatte meddelelse om godkendelse samt rådgivning om udviklingspotentialer i henhold til styrelsens generelle sundhedsfaglige anbefalinger.

6.4 Ikke godkendte aftaler

Såfremt Sundhedsstyrelsen ikke kan godkende en sundhedsaftale, orienteres sundhedskoordinationsudvalget, regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen skriftligt herom. Af meddelelsen om Sundhedsstyrelsens manglende godkendelse skal fremgå, hvilke(t) krav der ikke er opfyldt samt frist for indsendelse af en revideret aftale. Sundhedsstyrelsens procedure for godkendelse er som beskrevet i afsnit 6.2.

Forud for Sundhedsstyrelsens eventuelle beslutning om ikke at godkende en aftale, drøfter Sundhedsstyrelsen problemstillingen med sundhedskoordinationsudvalget samt eventuelt regionsrådet og kommunalbestyrelser, og der kan gives mulighed for at indsende en tilrettet aftale med en senere frist.

6.5 Indsendelse af ændringer til aftalen

I forbindelse med sundhedskoordinationsudvalgets løbende gennemgang af sundhedsaftalen, kan udvalget finde grundlag for at foretage ændringer i sundhedsaftalen jf. denne vejlednings afsnit 2.3. Ændringerne kan ske indenfor hele eller dele af de fire obligatoriske indsatsområder.

Såfremt disse ændringer er af væsentlig karakter, skal den reviderede sundhedsaftale indsendes til Sundhedsstyrelsen til fornyet godkendelse. Ændringer har en væsentlig karakter, hvis sundhedskoordinationsudvalget finder, at den reviderede aftale skal godkendes af regionsrådet og alle kommunalbestyrelser i regionen.

Indsendelse af senere versioner skal ske efter de samme anvisninger, som beskrevet i afsnit 6.1. I forbindelse med indsendelsen skal det anføres, hvilke dele af aftalen, som er blevet ændret.

Sundhedsstyrelsens procedure for godkendelse er som beskrevet i afsnit 6.2.

Reviderede sundhedsaftaler med ændringer, som ikke kræver Sundhedsstyrelsens godkendelse, kan indsendes til Sundhedsstyrelsen til orientering.

6.6 Offentliggørelse af godkendte aftaler

Regionsrådet og alle kommunalbestyrelser i regionen offentliggør den indgåede sundhedsaftale, herunder senere versioner på deres hjemmesider.

Parterne skal derudover aftale yderligere formidling af aftalen, således at borgere og relevante aktører nemt og hurtigt kan få kendskab til den.

Sundhedsstyrelsen offentliggør de godkendte sundhedsaftaler samt styrelsens meddelelser til regionsrådet og kommunalbestyrelserne på styrelsens hjemmeside.

6.7 Rådgivning

Sundhedskoordinationsudvalget, kommunalbestyrelser og regionsråd kan indhente rådgivning hos Sundhedsstyrelsen i relation til spørgsmål vedrørende sundhedsaftalens udformning. Det vil sige spørgsmål vedrørende fortolkning af lovgrundlaget, herunder bekendtgørelsen og vejledningen.

Sundhedsstyrelsen kan ikke give en forhåndsgodkendelse forud for indsendelsen af sundhedsaftalen.

Sundhedsstyrelsen, den 20. december 2013

Jette Jul Bruun

/ Bente Møller

Bilag 1

Referencer

Sundhedsaftalen tager udgangspunkt i gældende lovgivning inden for de enkelte indsatsområder. Nedenfor er listet love, bekendtgørelser, vejledninger, faglige anbefalinger m.fl., som vurderes relevante ved vejledningens udgivelsestidspunkt.

Love

- Sundhedsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 913 af 13/07/2010 med senere ændringer
- Lov om social service, jf. lovbekendtgørelse nr. 1093 af 05/09/2013 med senere ændringer
- Lov om ansvaret for og styringen af den aktive beskæftigelsesindsats, jf. lovbekendtgørelse nr. 731 af 15/06/2010 med senere ændringer

Bekendtgørelser

- Bekendtgørelse nr. 1219 af 11/12/2009 om autoriserede sundhedspersoners anvendelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed)
- Bekendtgørelse nr. 1344 af 03/12/2010 om forebyggende sundhedsydelse for børn og unge
- Bekendtgørelse nr. 1266 af 05/12/2006 om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningssted efter udskrivning fra sygehus (Revideres 2014)
- Bekendtgørelse nr. 1601 af 21/12/2007 om hjemmesygepleje
- Bekendtgørelse nr. 754 af 24/06/2013 om kommuner og regioners samarbejde om sundhedsfaglig rådgivning og vurdering i sager om ressourceforløb, fleksjob og førtidspension
- Bekendtgørelse nr. 1 af 03/01/2011 om rapportering af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet m.v.

Cirkulærer

- Cirkulære nr. 9079 af 22/02/2013 om afgrænsning af behandlingsredskaber, hvortil udgiften afholdes af sundhedsvæsenet

Vejledninger, lovbaserede

- Anbefalinger for svangreomsorgen, Sundhedsstyrelsen, 2009 (kapitel 15 opdateret i maj 2013)
- Vejledning nr. 9439 af 13/07/2011 om kommunal rehabilitering
- Vejledning nr. 115 af 11/12/2009 om autoriserede sundhedspersoners anvendelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed)
- Vejledning nr. 14 af 15/02/2011 om botilbud mv. til voksne efter reglerne i almenboligloven, serviceloven og friplejeboligloven (Vejledning nr. 4 til serviceloven)
- Vejledning nr. 49 af 30/06/2009 om etablering af regionale familieambulatorier
- Vejledning nr. 9636 af 21/10/2011 om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge
- Vejledning nr. 9427 af 20/01/2011 om forhåndstilkendegivelser, behandlingsplaner, tvangsfiksering og tvungen opfølgning efter udskrivning mv. for patienter indlagt på psykiatriske afdelinger
- Vejledning nr. 102 af 11/12/2006 om hjemmesygepleje
- Vejledning nr. 13 af 15/02/2011 om hjælp og støtte efter serviceloven (Vejledning nr. 2 til serviceloven)
- Vejledning nr. 10 af 15/02/2011 om særlig støtte til voksne (Vejledning nr. 5 til serviceloven)
- Vejledning nr. 110 af 01/12/2009 om træning i regioner og kommuner (Forventes revideret 2014)

Faglige vejledninger og anbefalinger

- Forebyggelse og sundhedsfremme i kommunen – en vejledning til sundhedslovens § 119, stk. 1 og 2. Sundhedsstyrelsen, 2007
- Forløbsprogrammer for kronisk sygdom – den generiske model, Sundhedsstyrelsen, 2012
- Regionernes forebyggelsesopgaver – en vejledning til sundhedslovens § 119, stk. 3. Sundhedsstyrelsen, 2009
- Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker, 2012-2013

Nationale handlingsplaner og strategier m.m.

- Aftale om kommunernes økonomi for 2014, Regeringen og KL
- Aftale om regionernes økonomi for 2014, Regeringen og Danske Regioner
- Den digitale vej til fremtidens velfærd – Den fællesoffentlige digitaliseringsstrategi, Regeringen, KL, Danske Regioner, 2011-2015
- Digitalisering med effekt – National strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet 2013-2017, Regeringen, KL og Danske Regioner, 2013
- National handlingsplan for udbredelse af telemedicin, Regeringen, KL og Danske Regioner, 2012

Andet

- Analyse af mulighederne for at skabe sammenlignelighed mellem spørgeskemabaserede kommunale og regionale sundhedsprofiler. Finansministeriet, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, KL, Danske Regioner 2009

Officielle noter

- 1) Praksissektoren: Anvendes i denne vejledning som fællesbetegnelse for alle praktiserende faggrupper inkl. almen praksis, praktiserende speciallæger, fysioterapeuter, kiropraktorer, fodterapeuter, psykologer, tandlæger og tandplejere med mindre andet angives.
- 2) Fastsat af Regeringen, KL og Danske Regioner ved økonomiaftalerne for 2014.
- 3) Sundhedslovens §§ 204 og 206a forventes at træde i kraft inden udgangen af 2013.
- 4) Andre relevante aftaler kan være rammeaftalerne på social- og undervisningsområdet samt aftaler om kommuner og regioners samarbejde om sundhedsfaglig rådgivning i sager om ressourceforløb, fleksjob og førtidspension.
- 5) Denne bestemmelse vil blive sat i kraft senest den 1. september 2014. Opgaver, som måtte følge af sundhedsaftaler indgået før § 57 b, stk. 2 træder i kraft, reguleres ikke af § 57 b, stk. 2 med mindre, der er enighed om, at dette er tilfældet, og der dermed indgås en underliggende aftale med almen praksis om at følge eventuelle forpligtelser.
- 6) Forebyggelsesforløb omfatter opsporing, information, registrering, motivation og forebyggelsestilbud (herunder henvisning til).
- 7) Kommunerne har ansvaret for alle rehabiliteringsindsatser efter den sociale lovgivning, lovgivningen på beskæftigelsesområdet og lovgivningen på undervisningsområdet. Også på sundhedsområdet er ansvaret primært placeret i kommunerne, men her har regionerne – sygehuse og praksissektor – tillige et ansvar for ydelser med et rehabiliterende sigte.

Redaktionel note

Retsinformation